

キャリアアップ助成金(選択的適用拡大導入時処遇改善コース)支給申請チェックリスト

29.12.1

事業所名			
社会保険の適用拡大の措置及び、対象となる労働者の基本給の増額を行ってから6か月分の賃金(時間外手当等を含む)を支給した日(平成 年 月 日)		申請期間 (6か月分の賃金を支給した日の翌日から2か月以内) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
No.	確認	提出書類	留意事項
1	<input type="checkbox"/>	キャリアアップ助成金支給申請書(様式第7号)	申請書余白に捺印を押印してください
	<input type="checkbox"/>	7 選択的適用拡大導入時処遇改善コース内訳(様式第7号(別添様式7))	
2	<input type="checkbox"/>	支給要件確認申立書(共通要領 様式第1号)	
3	<input type="checkbox"/>	支払方法・受取人住所届	支払先口座未登録の場合、及び、住所地・事業主名等変更の場合
4	<input type="checkbox"/>	確認を受けたキャリアアップ計画書(写)	計画を変更している場合、キャリアアップ計画書(変更届)の(写)も必要となります。
5	<input type="checkbox"/>	対象労働者の基本給の増額前および増額後の雇用契約書等(写)	※社会保険の適用拡大の措置を講じた日以降において、社会保険加入状況、及び、基本給の額が 明確に記載 されていることが必須となります。
6	<input type="checkbox"/>	対象労働者の賃金台帳(写) (日締 日払)・(月給制・日給制・時給制・その他)	基本給増額前6か月分(基本給の増額の適用を受けた日の前日から6か月前の日までの賃金に係る分)及び増額後6か月分(当該適用を受けた日から6か月経過する日までの賃金に係る分)
7	<input type="checkbox"/>	対象労働者の出勤簿(写)、タイムカード(写)	基本給の増額前6か月分及び増額後6か月分
8	<input type="checkbox"/>	任意適用事業所該当通知書(写)	
9	<input type="checkbox"/>	【中小企業事業主である場合】 ①または②のどちらかをご提出下さい ①登記事項証明書(写)、資本の額又は出資の総額を記載した書類(写) ②事業所確認表(様式第8号)	①または②の一方で確認できない場合、双方の提出を求める場合があります。
生産性要件を満たした際の助成額の適用を受ける場合、追加書類は下記のとおりとなります。			
10	<input type="checkbox"/>	生産性要件算定シート(様式第2号) ※本助成金申請以前に提出があり、直近の会計年度が同一の場合、提出は不要です。	※社会福祉法人の場合は、生産性要件算定シート(様式第2-1号) ※医療法人の場合は、生産性要件算定シート(様式第2-2号)
	<input type="checkbox"/>	以前提出した生産性要件算定シートの直近の会計年度(平成 年度)	直近の会計年度が同一であり、すでに生産性要件算定シートを提出している場合こちらにチェックをお願いします。
12	<input type="checkbox"/>	各勘定科目の額の証拠書類「青色申告決算書・収支内訳書等」	※個人事業所の場合

※ <input type="checkbox"/>	支給申請チェックリスト	確認済みのこのチェックリストも添付してください
----------------------------	-------------	-------------------------

※ 支給申請に係る注意点は以下のとおりです。

- ・ 労使の合意に基づき、社会保険の適用拡大の措置を実施する事業主が、その雇用する有期契約労働者のうち、その措置により新たに社会保険の被保険者となるもの全てに対し、基本給の3%以上の増額を行うことが必要です。
- ・ 支給申請期間を経過した場合は支給申請を受理することはできません(1日でも不可です)。
- ・ 上記表中の提出書類の「(写)」となっている書類は、原本をコピーの上、A4サイズで提出願います。

※ 助成金に係るお問い合わせは、下記にお願いします

福岡労働局 福岡助成金センター (担当)
〒812-0013 福岡市博多区博多駅東2-1-1 福岡合同庁舎本館1階
TEL (092) 411-4701 FAX (092) 411-4703

福岡労働局受理印